

Even Daurten. De complexiteit van een wijkgeneratie aanpak

Drs. Hanna M. van Dijk
Dr. Jane M. Cramm
Dr. Freek J.B. Lötters
Dr. Job van Exel
Prof.dr. Anna P. Nieboer

instituut Beleid & Management Gezondheidszorg



2015.01



Even Buurten: De complexiteit van een wijkgerichte aanpak

Publicatiedatum

Februari 2015

Auteurs

Drs. Hanna M. van Dijk

Dr. Jane M. Cramm

Dr. Freek J.B. Lötters

Dr. Job van Exel

Prof. dr. Anna P. Nieboer

Contactgegevens

Erasmus Universiteit Rotterdam

instituut Beleid & Management Gezondheidszorg

Prof. dr. Anna P. Nieboer

Tel. (010) 408 8555

nieboer@bmg.eur.nl

www.bmg.eur.nl

Het project Even Buurten Rotterdam en de evaluatie van dit project zijn gefinancierd door ZonMw (projectnummer: 314030201).

Dankwoord

De auteurs danken alle Spillen en betrokken professionals, alsmede de ouderen voor hun deelname aan het onderzoek. De stuurgroep van Even Buurten willen wij bedanken voor hun inzet om de transitie naar integrale zorg en ondersteuning mogelijk te maken.

De resultaten die in dit rapport worden gepresenteerd zijn gedeeltelijk overgenomen uit eerder gepubliceerde artikelen van het onderzoek (zie bladzijden 40 en 41 voor een compleet overzicht van artikelen)

Inhoudsopgave

| | |
|--|----|
| Samenvatting | 5 |
| Lessen voor een integrale wijkaanpak | 7 |
| De integrale wijkaanpak Even Buurten | 8 |
| <i>Evaluatieonderzoek Even Buurten</i> | 10 |
| Methode | 11 |
| <i>Onderzoeksdesign</i> | 11 |
| <i>Procesevaluatie: kwantitatief onderzoek professionals</i> | 12 |
| <i>Procesevaluatie: kwalitatief onderzoek professionals</i> | 12 |
| <i>Effectevaluatie</i> | 12 |
| <i>Kosteneffectiviteitsanalyse</i> | 14 |
| Resultaten: beschrijving van Even Buurten | 15 |
| <i>Tevredenheid Spillen</i> | 15 |
| <i>Tevredenheid professionals met wie Spillen samenwerken</i> | 19 |
| Barrières voor het realiseren van een wijkgerichte aanpak | 22 |
| <i>Microniveau</i> | 22 |
| <i>Mesoniveau</i> | 23 |
| <i>Macroniveau</i> | 24 |
| <i>Integratie tussen de niveaus</i> | 25 |
| Wat zijn de effecten? | 26 |
| Zorggebruik en doelmatigheid | 27 |
| <i>Veranderingen in zorggebruik binnen de groepen</i> | 27 |
| <i>Tijdregistratie Spillen</i> | 30 |
| <i>Kosten van zorggebruik</i> | 30 |
| Conclusies | 33 |
| <i>Procesbeschrijving</i> | 33 |
| <i>Barrières</i> | 34 |
| <i>Effectiviteit</i> | 35 |
| <i>Doelmatigheid</i> | 36 |
| <i>Methodologische beperkingen</i> | 36 |
| <i>Eindconclusie</i> | 37 |
| Referenties | 38 |
| Gepubliceerde en ingediende artikelen | 40 |

Samenvatting

De inzet van een integrale wijkaanpak wordt steeds vaker aanbevolen als middel om een ondersteunend klimaat te bieden aan het groeiend aantal zelfstandig wonende ouderen met een (complexe) hulpvraag. Binnen een integrale wijkaanpak werken de gemeente(n), zorg- en welzijnsorganisaties en informele zorgverleners samen om de beschikbare zorg in de wijk te coördineren zodat beter kan worden ingespeeld op de specifieke behoeften van de kwetsbare ouderen. Hoewel een integrale wijkaanpak steeds vaker wordt aangeprezen als middel om zelfstandigwonende ouderen te ondersteunen, hebben we onvoldoende inzicht in de processen en effecten van een dergelijke aanpak.

In 2011 werd een integrale wijkaanpak voor zelfstandig wonende ouderen, genaamd Even Buurten, geïnitieerd door de gemeente Rotterdam, lokale zorg- en welzijnsorganisaties, Erasmus Universiteit Rotterdam, Hogeschool Rotterdam en Geriatrisch Netwerk Rotterdam. Het hoofddoel was om een ondersteunend klimaat te creëren waarin ouderen zelfstandig kunnen blijven wonen. Het Even Buurten project beoogt de formele en informele buurtnetwerken rond de ouderen te verstevigen. Spillen van Even Buurten bezoeken de ouderen thuis, brengen hun behoeften en capaciteiten in kaart en bekijken samen met de ouderen welke (ondersteunings)mogelijkheden er zijn. De intentie is om eerst de zelfmanagementvaardigheden van de ouderen te vergroten en een beter informeel netwerk op te zetten voordat professionele hulp wordt ingeroepen. In deze eindrapportage worden de resultaten van deze evaluatiestudie (uitgevoerd door de Erasmus Universiteit) gepresenteerd. Bij dit onderzoek zijn zowel de processen, effecten als doelmatigheid geëvalueerd. Voor zover we weten is dit een van de eerste studies die een project als Even Buurten op deze manier in kaart brengt.

Uit ons onderzoek blijkt dat het Even Buurten project nog niet heeft geresulteerd in een verbetering van (gezondheidsgerelateerde) kwaliteit van leven en welzijn van ouderen. Dit benadrukt de complexiteit van initiatieven voor integrale zorg en ondersteuning. Ook bij de mantelzorgers zagen we geen verschil in effectiviteit tussen de interventie- en controlegroep. Kijkend naar de doelmatigheid nam zowel in de interventie- als controlegroep het zorggebruik in de tijd toe. Het verschil in zorggebruik tussen de interventie- en controlegroep bleek niet significant verschillend.

De ingezette hulp door de Spillen van Even Buurten bestond voornamelijk uit sociale hulp (meer contact/aanspraak om eenzaamheid te doorbreken/voorkomen), eenmalige instrumentele hulp (zoals hulp bij een aanvraag/voorziening of schilderen van een hekje), meer structurele instrumentele hulp (zoals wekelijks/maandelijks hulp bij boodschappen door burens of bijhouden

van de tuin) alsook sociale participatie (zoals meedoen met een bepaalde buurtactiviteit/schilderclub).

De effectiviteit van de aanpak kwam in het geding door barrières als gevolg van de complexe, uiteenlopende behoeften van kwetsbare ouderen en door barrières als gevolg van het dynamische politieke en sociale klimaat. De bevindingen wijzen er op dat de inzet op microniveau niet voldoende werd geflankeerd vanuit het meso- en macroniveau; in het project werd een te groot beroep gedaan op professionals om integratie tot stand te brengen. Prikkels van bovenaf zouden beter in lijn moeten worden gebracht met initiatieven van onderop. Dit onderzoek liet ook zien dat de inbreng van wijkbewoners zelf cruciaal is voor gecoördineerde zorg en ondersteuning voor kwetsbare ouderen.

De bevindingen zijn vooral belangrijk gegeven de huidige dubbele vergrijzing en de verschuiving van eerstelijns-(sociale) zorg van de staat naar de gemeenschap. Een integrale wijkaanpak zoals Even Buurten is afhankelijk van tijd en continuïteit, een brede betrokkenheid op alle niveaus en een doorontwikkeling naar gedeelde normen en werkmethoden. Het wijkniveau en de specifieke (sociale) kenmerken van de lokale gemeenschap zijn van groot belang voor betere, in de gemeenschap verankerde, integrale zorg en ondersteuning.

Lessen voor een integrale wijkaanpak

- Het geven van gecoördineerde zorg en ondersteuning is een complex en dynamisch proces dat integratie vereist op micro-, meso- en macroniveau
- Succesvolle integratie vereist tijd, coördinatie en brede betrokkenheid op alle niveaus
- Voor een integrale wijkaanpak moet sprake zijn van gedeelde normen en waarden van burgers, mantelzorgers, Spillen, professionals, vrijwilligers, welzijnsorganisaties, zorginstellingen, de gemeente, verzekeraars en de overheid
- Er is een wijkgerichte visie nodig die verder reikt dan de belangen van verschillende zorg- en welzijnspartners
- Organisaties dienen Spillen te ondersteunen in hun *spiltaken* en niet alleen in hun reguliere taken als zorg- of welzijnswerkers
- Een gebrek aan heldere interventies, werkmethoden en besliskundige ondersteuning belemmert het werk van de Spillen
- De huidige financiële prikkels, prestatie-indicatoren en bureaucratie brengen een cultuur van controle en verantwoording met zich mee in plaats van een cultuur van samenwerking en innovatie
- Het is van belang om de continuïteit in de wijkgerichte samenwerking te waarborgen
- Samenwerkingsrelaties moeten structureel worden ingebed op zowel uitvoerend als institutioneel niveau
- Een Spil is noodzakelijk voor de verbinding tussen professionals, tussen burgers én tussen burgers en professionals
- Burgers kunnen informele hulp en ondersteuning bieden als gemeenten de juiste voorwaarden creëren zoals investeren in veiligheid, kwaliteit van de buurt en onderlinge contacten tussen burens
- Burenhulp op grote schaal ontstaat niet vanzelf; daar is een georganiseerde integrale wijkaanpak voor nodig
- Zonder de betrokkenheid van burgers zelf komt een integrale wijkaanpak niet tot stand
- Ondernemende Spillen die bekend zijn met de buurt zijn cruciaal voor de betrokkenheid van buurtbewoners
- Belangrijke competenties van de Spil zijn samenwerken (verbindingen leggen) en ondernemen (proactief handelen, kansen zien en doorpakken)
- Spillen zijn de link naar de meest kwetsbare burgers in de samenleving
- Geef een wijkgerichte aanpak de tijd om zich te bewijzen: winsten in (kosten)effectiviteit worden pas op langere termijn zichtbaar
- Meten is weten en beïnvloeden: blijf het welzijn van ouderen op wijkniveau monitoren
- De toename aan wijkgerichte aanpakken en burgerinitiatieven vraagt om inzicht op basis van wetenschappelijk onderzoek in plaats van het gedramatiseerde én geromantiseerde beeld uit het nieuws

De integrale wijkaanpak Even Buurten

Veel westerse landen staan voor de uitdaging om met beperkte publieke middelen toenemende aantallen zorgafhankelijke ouderen te ondersteunen. De ontwikkeling van een houdbaar zorgstelsel dat tegemoetkomt aan de behoeften van deze groeiende groep ouderen trekt een zware wissel op westerse overheden (Humphries & Curry, 2011; Nieboer 2013; Pavolini & Ranci, 2008). De inzet van een integrale wijkaanpak (IWA) wordt steeds vaker aangedragen als middel om een ondersteunend klimaat te bieden aan zelfstandig wonende ouderen met een (complexe) hulpvraag (Morikawa, 2014). Binnen een IWA werken verschillende partners uit zorg en welzijn (gemeente(n), zorg- en welzijns-organisaties en informele zorg) samen om de beschikbare zorg en ondersteuning in de wijk te coördineren zodat beter kan worden ingespeeld op de specifieke behoeften van ouderen (Lowndes & Sullivan, 2008; Plochg & Klazinga, 2002). Hoewel er breed draagvlak is voor de uitgangspunten en doelstellingen van IWA, is er nog weinig inzicht in de (kosten)effectiviteit en onderliggende processen van een dergelijke aanpak (Lui, Everingham, Warburton, Cuthill & Bartlett, 2009).

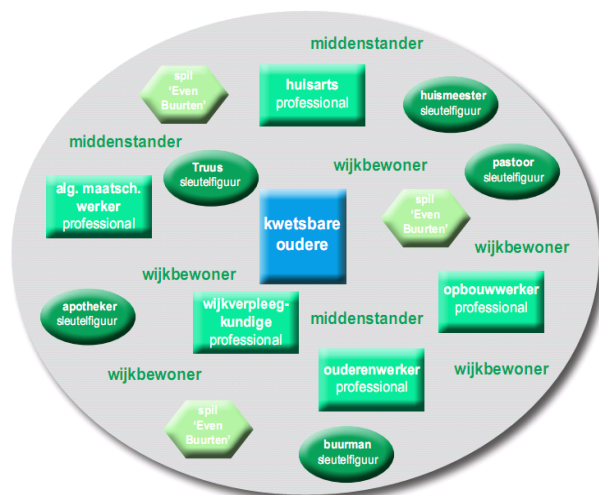
In 2011 werd een IWA (“Even Buurten”) voor zelfstandig wonende ouderen geïnitieerd door de gemeente Rotterdam, lokale zorg- en welzijnsorganisaties, Erasmus Universiteit Rotterdam, Hogeschool Rotterdam en Geriatrisch Netwerk Rotterdam. Dit project, dat onderdeel uitmaakt van het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO), had als primair doel om een ondersteunend klimaat te creëren waarin ouderen zelfstandig kunnen blijven wonen. Het project moest de barrières slechten die door de zorg- en welzijnsvoorzieningen in Nederland zijn opgeworpen. Zo zijn huidige voorzieningen vaak nog reactief (missen een proactieve en preventieve aanpak om de (gezondheidsgerelateerde) kwaliteit van leven van ouderen te bewaken) en gefragmenteerd (een gecoördineerde inzet van het zorg- en welzijnsaanbod ontbreekt).

Even Buurten combineert verschillende componenten die effectief zijn bevonden voor het realiseren van integrale zorg en ondersteuning. Afgezien van integratie van het zorg- en welzijnsaanbod, zijn dit een vraaggestuurde en mensgerichte benadering, de inzet van multidisciplinaire teams en preventieve huisbezoeken (Bernabei et al., 1998; Elkan et al., 2001; Eklund & Wilhelmson, 2009; Johri, Beland & Bergman, 2003; Leichsenring, 2004; Stuck, Brayne & Matthews, 2005). Even Buurten integreert bovendien steeds vaker gepropageerde innovatieve elementen, zoals de inzet van informele zorgverleners en wijkbewoners en de versterking van zelfmanagementvaardigheden (Cramm, van Dijk, Lötters, van Exel & Nieboer, 2011). Door een versteviging van de netwerken tussen formele en informele zorgverleners, dragen zij wederzijdse verantwoordelijkheid voor het

optimaliseren van de zorg en ondersteuning die nodig is om zelfstandig wonende ouderen in staat te stellen zo lang mogelijk zelfstandig te blijven wonen.

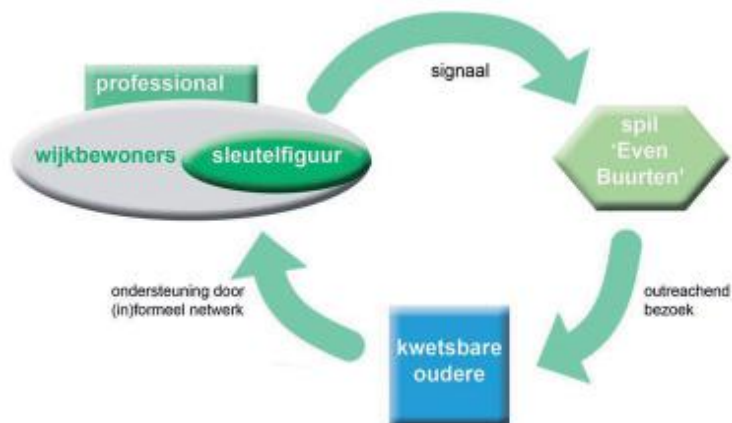
Binnen Even Buurten wordt via een versteviging van het sociale netwerk geprobeerd problemen vroeg te signaleren en hulp en ondersteuning aan kwetsbare ouderen te bieden (Cramm, van Dijk, Lötters, van Exel & Nieboer, 2011). Vaak gaat het bij deze ouderen om een combinatie van problemen, variërend van licht tot zwaar, waardoor zij als kwetsbaar worden aangeduid (Gobbens, Luijkx, Wijnen-Sponselee & Schols, 2010). Zij kunnen met ondersteuning vanuit het (in)formele netwerk echter nog steeds goed functioneren en zelfstandig in hun eigen buurt blijven wonen.

Figuur 1: wijknetwerk



Zowel informele (wijkbewoners, familieleden en vrijwilligers) als formele hulpverleners (bijvoorbeeld welzijnswerkers, huisartsen, maar ook huismeesters en wijkagenten) worden gezien als belangrijke 'sleutelfiguren' in het wijknetwerk rondom ouderen (zie figuur 1). Deze 'ogen en oren' van de wijk hebben een signalerende functie en zijn door hun vertrouwdheid in de wijk in staat kwetsbaarheid onder ouderen in een vroeg stadium te herkennen. Sleutelfiguren kunnen met hun signalen terecht bij een zogenoemde 'Spil' van het Even Buurten project; dit is een professional met een zorg- of welzijnsachtergrond die bekend is in de wijk. Naar aanleiding van de signalen van sleutelfiguren bezoeken deze Spillen de ouderen thuis, inventariseren hun behoeften en noteren deze in een zorg- en welzijnsdossier. In overleg met de ouderen wordt vervolgens een actieplan opgezet waarbij gezocht wordt naar passende ondersteuning binnen het (bij voorkeur) informele netwerk. Zoals ook te zien is in figuur 2 vormt het wijknetwerk een belangrijke basis voor zowel de signalering als ondersteuning van kwetsbare ouderen.

Figuur 2: werkwijze Even Buurten



Het transitie-experiment is in mei 2011 van start gegaan in twee wijken in Rotterdam; Lage Land/Prinsenland en Lombardijen. Een jaar later is het project ook gestart in twee andere wijken; Oude Westen en Vreewijk. In 2012 is door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) bovendien extra financiering beschikbaar gesteld waardoor ook in twee andere wijken (Blijdorp en Kralingen) Spillen konden worden aangesteld. Deze wijken vielen echter buiten de evaluatiestudie.

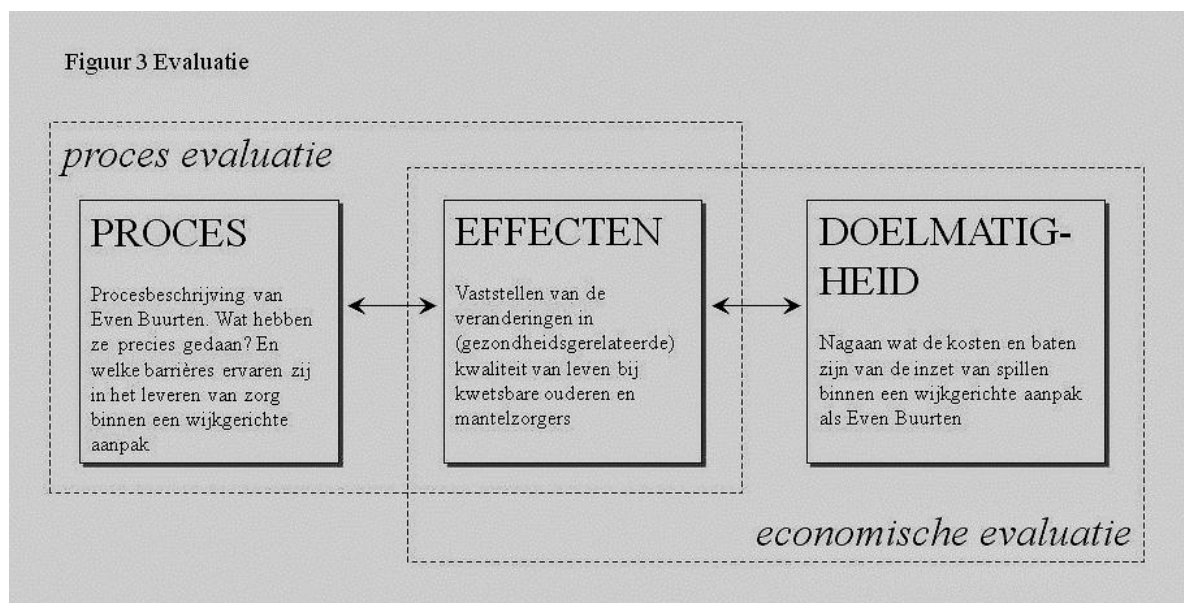
Evaluatieonderzoek Even Buurten

Onderzoekers van de Erasmus Universiteit Rotterdam (EUR), instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (iBMG) hebben onder leiding van Prof. dr. Anna Petra Nieboer het evaluatieonderzoek uitgevoerd. In deze rapportage worden de eindresultaten van deze evaluatiestudie gepresenteerd. Bij dit onderzoek zijn zowel de processen, effecten als doelmatigheid geëvalueerd. Voor zover we weten is dit een van de eerste studies die een project als Even Buurten op deze manier in kaart brengt. We verwachten dat de inzichten die binnen deze evaluatiestudie zijn opgedaan benut kunnen worden ter lering en verdere innovatie van toekomstige wijkgerichte projecten.

Methode

Hieronder zal in beknopte lijnen worden stilgestaan bij het onderzoeksdesign van de evaluatiestudie. Een gedetailleerde beschrijving van ons onderzoeksdesign is te vinden in het onderzoeksprotocol (Cramm et al., 2011). In juni 2011 is dit evaluatieonderzoek goedgekeurd door de medisch-ethische commissie van het Erasmus MC in Rotterdam.

Doel van deze rapportage is i) een procesbeschrijving geven van Even Buurten en de ervaringen inventariseren van de Spillen zelf en professionals met wie zij regelmatig samenwerken in het Even Buurten project, ii) rapporteren welke barrières er zijn bij deze wijkgerichte aanpak, iii) nagaan in hoeverre een integrale wijkaanpak als Even Buurten bijdraagt aan de (gezondheidsgerelateerde) kwaliteit van leven en het welzijn van kwetsbare ouderen en hun mantelzorgers, en iv) nagaan wat de kosten en baten zijn van de inzet van Spillen in de buurt. Er is sprake van zowel een procesevaluatie, effectevaluatie als economische evaluatie (zie figuur 3).



Onderzoeksdesign

Het evaluatieonderzoek van Even Buurten kent een 'mixed methods design' waarbij zowel kwantitatieve als kwalitatieve methoden zijn ingezet om de effecten, processen en kosten van Even Buurten in kaart te brengen. Met behulp van kwantitatieve methoden (vragenlijstonderzoek) werd inzicht verkregen in de mate waarin Even Buurten bijdraagt aan het welzijn en de gezondheid van ouderen en mantelzorgers. Door inzet van kwalitatieve methoden (interviews, observaties en documentanalyse) kon een beschrijving worden gegeven van de manier waarop het project vorm heeft gekregen in de verschillende experimentwijken en kon inzicht worden verkregen in de

belemmerende en faciliterende factoren. Uit deze beschrijving kunnen andere, vergelijkbare wijkgerichte projecten lering trekken.

Procesevaluatie: kwantitatief onderzoek professionals

Onder direct betrokkenen (Spillen zelf (n=19) en professionals met wie zij in het Even Buurten project samenwerken; bijvoorbeeld welzijnswerkers, verpleegkundigen, huisartsen, wijkagenten, huismeesters etc. (n=95)) is medio mei 2013 een vragenlijst afgenomen om hun ervaringen met het Even Buurten project te kunnen evalueren. Aspecten in de vragenlijst waren samenwerking tussen betrokken professionals binnen het Even Buurten project en tevredenheid met de zorgverlening zoals ervaren door de Spillen zelf en professionals met wie zij regelmatig samenwerken. Doel was om het belang van samenwerking tussen de Spillen en andere professionals voor de kwaliteit van zorgverlening te achterhalen.

Procesevaluatie: kwalitatief onderzoek professionals

In 2011 (bij start van het project) en in 2013 hebben respectievelijk 26 en 21 semigestructureerde interviews plaatsgevonden met diverse betrokkenen bij Even Buurten (ouderen, actieve buurtbewoners, vrijwilligers, professionals, managers/bestuurders, gemeenteambtenaren, projectleiding Even Buurten en zorgverzekeraar). Tijdens deze interviews stonden de ervaringen met Even Buurten centraal, waarbij onder andere gevraagd is naar percepties ten aanzien van: informele zorg en ondersteuning, de doelstelling en werkwijze van Even Buurten, de verdeling van rollen en verantwoordelijkheden en de samenwerking binnen Even Buurten. De interviews zijn uitgewerkt en vervolgens gecodeerd en geanalyseerd met behulp van atlas ti.

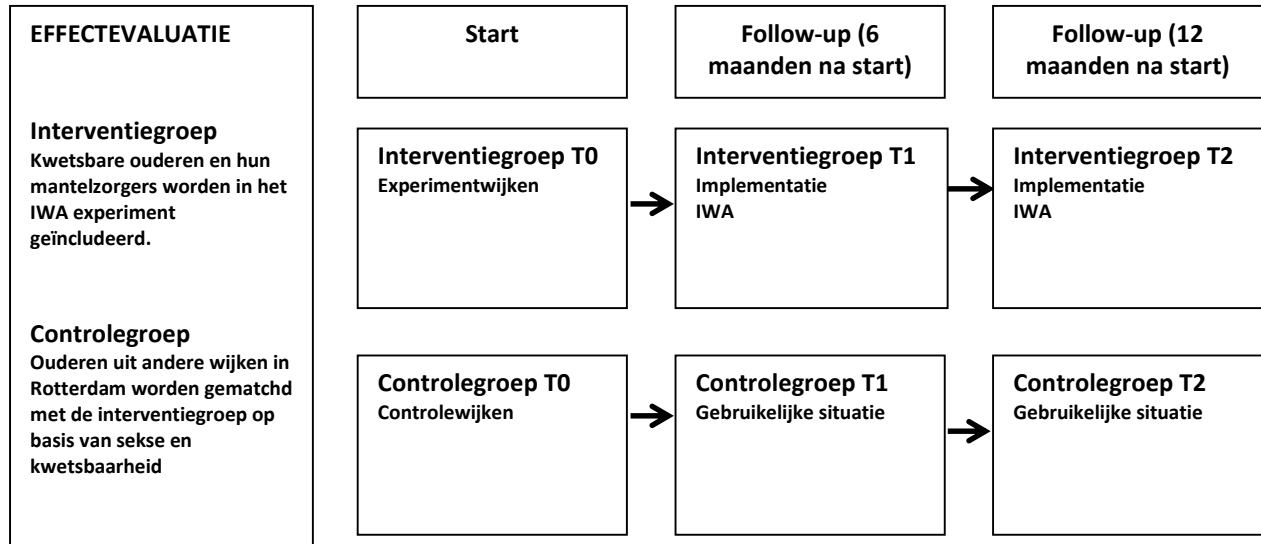
Daarnaast hebben verschillende observaties plaatsgevonden om een goed beeld te krijgen van Even Buurten in de 'praktijk'. Er is geobserveerd tijdens verschillende wijkoverleggen die plaatsvonden in het kader van Even Buurten; zowel op uitvoerend niveau (met de Spillen en de projectleiding), managementniveau (adviesgroepen van Even Buurten waarin de managers van de betreffende Spillen aanwezig waren) als bestuurlijk niveau (stedelijke stuurgroepen van Even Buurten waarin de bestuurders van de betrokken organisaties aanwezig waren). Daarnaast zijn audio-opnames gemaakt en is geobserveerd tijdens opleidingsbijeenkomsten; tijdens deze bijeenkomsten kregen de Spillen onderwijs om hen te ondersteunen in hun Spiltaken.

Effectevaluatie

De effectevaluatie van Even Buurten wordt weergegeven in figuur 4. Met behulp van de effectevaluatie (een gecontroleerde voor- en nameting) krijgen we inzicht in hoeverre Even Buurten

bijdraagt aan de (gezondheidsgerelateerde) kwaliteit van leven en het welzijn van kwetsbare zelfstandig wonende ouderen en hun mantelzorgers.

Figuur 4: overzicht onderdelen kwantitatief onderzoek ouderen in interventie- en controlegroep



Voor de effectevaluatie zijn in totaal 372 kwetsbare ouderen gedurende een jaar drie keer thuis geïnterviewd (T0, T1 (na 6 maanden) en T2 (na 12 maanden)). Kwetsbaarheid is vastgesteld aan de hand van de Tilburg Frailty Indicator (TFI); een speciaal ontwikkeld meetinstrument om kwetsbaarheid onder ouderen in kaart te brengen (Gobbens et al. 2010). De helft van de 372 ouderen bevindt zich in de interventiegroep (186) en de andere helft in de controlegroep (186). Daarnaast is ook onderzoek gedaan onder de mantelzorgers van deze ouderen (indien aanwezig). Middels een schriftelijke vragenlijst op T0 en T2 (na 12 maanden) werd hun gezondheid, welzijn en mate van belasting geïnventariseerd. Waar ouderen uit de interventiegroep meededen aan het project Even Buurten en ondersteuning kregen van een Spil, ontvingen ouderen uit de controlegroep de gebruikelijke zorg en ondersteuning.

De controlegroep is gerekruteerd middels een willekeurig getrokken steekproef uit het bevolkingsregister. Deze steekproef vond plaats onder zelfstandig wonende Rotterdamse ouderen (70+) die in andere wijken woonden dan de experimentwijken van Even Buurten. Door de interventie- en controleouderen te matchen op basis van geslacht en mate van kwetsbaarheid (TFI-score), kunnen de veranderingen in welzijn, (gezondheidsgerelateerde) kwaliteit van leven en zelfredzaamheid van deze twee groepen met elkaar worden vergeleken. Generalized linear mixed modeling of repeated measurements analyses zijn gebruikt om verschillen in effectiviteit ten aanzien van (gezondheidsgerelateerde) kwaliteit van leven en welzijn tussen de interventie- en controlegroep te identificeren.

Kosteneffectiviteitsanalyse

Om na te gaan in hoeverre Even Buurten een doelmatige manier is (in termen van verbetering van zelfredzaamheid en welzijn) om continue, vraaggerichte en gecoördineerde zorg en ondersteuning aan zelfstandig wonende ouderen te organiseren is een kosteneffectiviteitsanalyse uitgevoerd.

Vanuit maatschappelijk perspectief, dus met behulp van alle relevante kosten en effecten bij ouderen in interventie- en controlegroep, werd bekeken welke additionele kosten met Even Buurten zijn gemoeid en hoe deze zich verhouden tot de verwachte verbetering in zelfredzaamheid en welzijn van kwetsbare ouderen en hun mantelzorgers.

Om inzicht te krijgen in de kosten die samenhangen met de inzet van de Spil, registreerden alle Spillen gedurende het gehele project hun tijd. Hierbij werd zowel cliëntgebonden tijd geregistreerd (dit betreft alle tijd die direct valt terug te voeren op de zorg en ondersteuning van cliënten, zoals (telefonische) consulten, afstemming met het (in)formele netwerk met betrekking tot ondersteuning cliënt en verwerking van cliëntinformatie in dossier) en projectgebonden tijd (dit betreft alle tijd die aan het Even Buurten project wordt besteed, maar niet valt terug te voeren op individuele cliënten, zoals projectoverleggen, projectadministratie, opleidingsbijeenkomsten en pr-werkzaamheden).

Naast de tijdregistraties hebben we middels het vragenlijstonderzoek onder de interventie- en controlegroep informatie verzameld met betrekking tot de consumptie van zorg en ondersteuning. Voor het bepalen van kosten van zorg en ondersteuning worden deze zorgvolumina vermenigvuldigd met integrale kostprijzen (Hakkaart-van Royen et al., 2010).

Met de verzamelde gegevens is een reguliere kosteneffectiviteitsanalyse uitgevoerd, met als uitkomst een vergelijking tussen interventie- en controlegroep wat betreft het verschil in kosten (in €) en gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven (in quality adjusted life years [QALY], gemeten met EuroQoL-5D) gedurende een follow-up van 6 en 12 maanden. Deze standaardanalyse wordt verricht voor de vergelijkbaarheid van deze studie met resultaten van andere onderzoeken.

Resultaten: beschrijving van Even Buurten

Doel van dit onderdeel van deze eindrapportage is een procesbeschrijving te geven van Even Buurten en de ervaringen te inventariseren van de Spillen zelf en professionals met wie zij regelmatig samenwerkt in het Even Buurten project.

De ingezette hulp bestond voornamelijk uit (een combinatie van) het geven van 'voorlichting en advies', 'praktische ondersteuning bieden/regelen', 'bemiddelen/betrekken familie en informele zorg', 'afstemming met hulpverlening en instanties', toeleiding naar 'juiste hulp en instanties' dan wel naar 'sociale activiteiten'. De kwetsbare ouderen bleken vooral behoefte te hebben aan meer sociale contacten (meer contact/aanspraak om eenzaamheid te doorbreken/voorkomen), sociale participatie (zoals meedoen met bepaalde buurtactiviteit/schilderclub), eenmalige instrumentele hulp (zoals hulp bij een aanvraag/voorziening of schilderen van hekje/krijgen van voorlichting en advies) alsook meer structurele instrumentele hulp (zoals wekelijkse/maandelijkse hulp van burens bij boodschappen doen of bijhouden van de tuin). Spillen hebben daarbij voornamelijk ingezet op het informele netwerk van kwetsbare ouderen, hulp van burens en vrijwilligersorganisaties in de wijk. Er is door de Spillen in slechts enkele gevallen doorverwezen naar zorg/welzijn.

Een aantal keren (n=18) was er wel de intentie bij Spillen om hulp en ondersteuning te bieden maar is dit niet gebeurd (er is dan bijvoorbeeld alleen een visitekaartje afgegeven); vaak omdat de ouderen aangaven op dat moment geen ondersteuningsbehoefte te hebben. Daarnaast zijn bij sommige ouderen (n=16) wel pogingen geweest om kwetsbare ouderen te ondersteunen maar zijn de Spillen daar niet in geslaagd. Redenen dat het niet is gelukt waren dat er geen goede match gevonden kon worden met een vrijwilliger/burenhulp of doordat ouderen bij nader inzien toch van de hulp af zagen. Bij 124 ouderen is de hulp en ondersteuning (deels) geslaagd en bij de overige ouderen (n=28) is de uitkomst nog (deels) onbekend, omdat ze daar nog bezig zijn een goede match te vinden bijvoorbeeld.

Tevredenheid Spillen

In tabel 1 is de mate van tevredenheid te zien van Spillen ten aanzien van verschillende aspecten van hun werk. Met een gemiddelde tevredenheid van 7,5 beoordelen de Spillen hun werkzaamheden positief. De Spillen zijn het meest tevreden over hun bereikbaarheid en professionaliteit en geven daarvoor allebei gemiddeld een 7,9. Relatief gezien zijn de Spillen iets minder tevreden over hun zichtbaarheid (gemiddelde=7,2), hun effectiviteit (gemiddelde=7,0) en de verbinding die ze maken tussen de gezondheidszorg, in het bijzonder de eerste lijn, en het sociaal-maatschappelijke domein van de Spil (gemiddelde=7,3).

Tabel 1 Tevredenheid werkzaamheden van de Spil beoordeeld door de Spillen zelf (n=19)

| | | Gemiddelde cijfer |
|---|-------------------|-------------------|
| De bereikbaarheid van de Spil | Gemiddelde | 7.9 |
| | standaarddeviatie | 0.8 |
| | n | 19 |
| Zichtbaarheid van de Spil | Gemiddelde | 7.2 |
| | standaarddeviatie | 1.0 |
| | n | 19 |
| Professionaliteit van de Spil | Gemiddelde | 7.9 |
| | standaarddeviatie | 0.5 |
| | n | 19 |
| Rol in de wijk van de Spil | Gemiddelde | 7.5 |
| | standaarddeviatie | 1.0 |
| | n | 19 |
| Verbinding tussen gezondheidszorg/ in het bijzonder de eerste lijn en sociaal-maatschappelijke domein | Gemiddelde | 7.3 |
| | standaarddeviatie | 1.2 |
| | n | 19 |
| Complementariteit van de Spil | Gemiddelde | 7.7 |
| | standaarddeviatie | 1.2 |
| | n | 19 |
| Effectiviteit van de Spil | Gemiddelde | 7.0 |
| | standaarddeviatie | 1.3 |
| | n | 19 |
| Gemiddelde totaalscore tevredenheid Spil | Gemiddelde | 7.5 |
| | standaarddeviatie | 0.7 |
| | n | 19 |

Om de verschillende aspecten van het werk van de Spil nader te bekijken, hebben wij hen verschillende stellingen voorgelegd (tabel 2). Aangezien een van de doelen van Even Buurten (vroeg)signalering betreft, hebben wij de Spillen de volgende stelling voorgelegd: "Ik weet wie de kwetsbare ouderen zijn in de buurt en ik kan ze goed bereiken". Bijna een kwart van de Spillen (21,1%) antwoordt hierop 'over het algemeen niet'; 36,8% 'soms' en 42,1% van de Spillen geeft aan kwetsbare ouderen 'meestal' in beeld te hebben en te kunnen bereiken (n=19). Wanneer we de Spillen vragen hoe vaak het hen 'veel tijd kost om het vertrouwen van kwetsbare ouderen te winnen', geeft 31,6% aan dat het hen bijna nooit of over het algemeen niet veel tijd kost, 31,6% dat het soms tijd kost en 36,8% van de Spillen zegt dat het hen meestal of bijna altijd veel tijd kost (n=19).

Een ander belangrijk uitgangspunt van Even Buurten is de integrale samenwerking tussen het formele en informele netwerk. Tabel 2 laat zien hoe Spillen de samenwerking met zowel het informele als het formele netwerk waarderen. Opvallend is dat een meerderheid van de Spillen (61,1%) bijna nooit/over het algemeen geen barrières ervaart in de samenwerking met informele

hulpverleners, terwijl een meerderheid van de Spillen wel barrières ondervindt in de samenwerking met andere hulpverleners (57,9% ervaart soms barrières en 31,6% meestal/bijna altijd). Dit werd ook ondersteund door onze kwalitatieve bevindingen waaruit bleek dat professionals veel onderlinge competitie ervaren. Professionals schrijven het gebrek aan onderlinge samenwerking toe aan de (financiële) belangen van hun organisaties. Naast het gebruik van targets (en de hiermee gepaard gaande vrees niet aan deze targets te kunnen voldoen) geven professionals aan dat er sprake is van een 'domeinverschuiving'. Hierdoor ontstaat onduidelijkheid over de onderscheidende waarde van verschillende professionals, waardoor zij het gevoel hebben constant in elkaars 'vaarwater' te werken. Onze kwalitatieve bevindingen lieten ook een aantal barrières zien in de samenwerking met het informele netwerk. Naast onzekerheid over het kunnen 'bouwen op' informele zorgverleners, waren de Spillen zoekende in de houding die samenwerking met het informele netwerk van hen vereist. De Spillen gaven evenwel aan dat Even Buurten hen de –voor een succesvolle samenwerking met het informele netwerk– benodigde ruimte bood om zich een faciliterende in plaats van probleemoplossende rol eigen te maken.

Tabel 2 Oordeel over werkzaamheden (n=19)

| | Bijna nooit / over het algemeen niet | Soms | Meestal / bijna altijd |
|---|---|-------------|-------------------------------|
| De kwetsbare ouderen die ik ondersteun zijn moeilijk te bereiken voor zorg en welzijnsondersteuning | 10,5% | 57,9% | 31,6% |
| Ik werk goed samen met zorgverleners om samen kwetsbare ouderen te ondersteunen in hun eigen buurt | 15,8% | 15,8% | 68,4% |
| Ik werk goed samen met welzijnsmedewerkers om samen kwetsbare ouderen te ondersteunen in hun eigen buurt | 5,3% | 10,5% | 84,2% |
| Ik werk goed samen met het informele netwerk van ouderen zelf (buren, vrienden, familie) om goede ondersteuning te geven | 5,3% | 36,8% | 57,9% |
| Het lukt me om een ondersteunend netwerk op te bouwen voor kwetsbare ouderen | 5,6% | 44,4% | 50,0% |
| Mensen in de buurt benaderen mij als ze denken dat een kwetsbare oudere hulp nodig heeft | 5,3% | 63,2% | 31,6% |
| Ik word door zorg en welzijn professionals benaderd om kwetsbare ouderen te ondersteunen | 0% | 52,6% | 47,4% |
| Er zijn barrières in de samenwerking met het informele netwerk van ouderen | 61,1% | 38,9% | 0% |
| Er zijn barrières in de samenwerking met andere hulpverleners (concurrentie gevoelens, financiële belangen) | 10,5% | 57,9% | 31,6% |
| Het management van mijn organisatie ondersteunt mij goed bij mijn taken als Spil | 26,3% | 31,6% | 42,1% |
| Ik vind het moeilijk om mijn werkzaamheden als Spil te combineren met mijn andere baan | 43,8% | 18,8% | 37,5% |
| Ik ben ervan overtuigd dat mijn werkzaamheden als Spil van belang zijn om de situatie van kwetsbare ouderen te verbeteren | 0% | 5,3% | 94,7% |
| Het kost me veel tijd om het vertrouwen van kwetsbare ouderen te winnen | 31,6% | 31,6% | 36,8% |
| Het is moeilijk om de ondersteuning van kwetsbare ouderen over te laten aan het informele netwerk | 15,8% | 42,1% | 42,1% |
| Ik vind het moeilijk om kwetsbare ouderen los te laten | 0% | 36,8% | 63,2% |
| Ik weet wie de kwetsbare ouderen zijn in de buurt en kan ze goed bereiken | 21,1% | 36,8% | 42,1% |
| Het lukt me om vrijwilligers/informele hulpverleners in te zetten | 0% | 26,3% | 73,7% |
| De vrijwilligers die ik inzet om kwetsbare ouderen te ondersteunen zijn voldoende deskundig | 5,3% | 21,1% | 73,7% |
| Ik neem zelf ondersteuningstaken op me in de zorg voor kwetsbare ouderen | 0% | 36,8% | 63,2% |

De overgrote meerderheid van de Spillen (94,7%) is ervan overtuigd dat hun werkzaamheden als Spil van belang zijn om de situatie van kwetsbare ouderen te verbeteren. Zij ervaren echter wel een

aantal belemmeringen in hun werkzaamheden; meer dan een derde van de Spillen geeft aan dat ze het meestal/bijna altijd moeilijk vinden om hun werkzaamheden als Spil te combineren met hun andere baan, het veel tijd kost om het vertrouwen van kwetsbare ouderen te winnen en het moeilijk is om de ondersteuning van kwetsbare ouderen over te laten aan het informele netwerk. Tweederde van de Spillen geeft aan het moeilijk te vinden om kwetsbare ouderen los te laten.

Kijkend naar het draagvlak voor hun werkzaamheden als Spil is ook naar ondersteuning vanuit het management van de eigen organisatie gevraagd. Een meerderheid van de Spillen geeft daarbij aan dat er (soms) nog geen goede ondersteuning is door het management van hun organisatie om de taken als Spil uit te voeren. Hoewel het management van zorg- en welzijnsorganisaties het belang van een dergelijke werkwijze lijken te onderschrijven, voelen professionals op uitvoerend niveau zich niet altijd voldoende gesteund. In kwalitatieve interviews gaven de Spillen aan dat er gedurende de uitvoering van Even Buurten weinig (inhoudelijke) interesse was getoond voor hun rol bij Even Buurten. De kennis en ervaring die zij binnen het project hadden opgedaan werden voor hun gevoel dan ook onvoldoende benut ter lering en verdere innovatie binnen de organisatie.

Positief is dat ongeveer 75% van de Spillen aangeeft dat het daadwerkelijk lukt om het informele netwerk in te zetten en dat de informele hulpverleners/vrijwilligers die ze inzetten om kwetsbare ouderen te ondersteunen ook voldoende deskundig zijn. Spillen hebben overeenkomstig het doel van Even Buurten dan ook voornamelijk ingezet op informele zorg en ondersteuning (zowel mantelzorgers en vrijwilligers) en niet op formele zorg en ondersteuning.

Tevredenheid professionals met wie Spillen samenwerken

We hebben de verschillende professionals die betrokken zijn bij Even Buurten gevraagd hoe zij de samenwerking met andere professionals ervaren. Tabel 3 laat zien hoe professionals -anders dan de Spillen zelf- de samenwerking beoordelen met onder andere de Spillen, huisartsen, POH's, fysiotherapeuten, diëtisten en informele zorgverleners. Een hogere score betekent een betere samenwerking. Uit onderstaande tabel blijkt dat professionals de samenwerking met de Spillen heel positief ervaren. Datzelfde beeld kwam naar voren bij de Zichtbare Schakels die een enigszins vergelijkbare rol hebben gespeeld in Rotterdam.

Tabel 3 Samenwerking beoordeeld door andere professionals dan de Spillen (n=95)

| | Gemiddelde score (1-4) |
|---|---------------------------|
| Samenwerking met de Spillen | 3,0 |
| Samenwerking met de Zichtbare Schakels | 2,9 |
| Samenwerking met de huisarts | 2,7 |
| Samenwerking met de POH | 2,5 |
| Samenwerking met de maatschappelijk werker | 2,8 |
| Samenwerking met de welzijnswerkers | 2,7 |
| Samenwerking met de informele zorgverleners van de cliënt | 2,7 |
| Samenwerking met de fysiotherapeut | 2,1 |
| Samenwerking met de diëtiste | 2,0 |
| Samenwerking met de verpleegkundige thuiszorg | 2,5 |
| Samenwerking met de woningbouw | 2,5 |
| Samenwerking met de GGZ | 2,4 |
| Samenwerking met de politie | 2,4 |
| Samenwerking met de gespecialiseerde gezinsverzorging | 2,2 |
| Samenwerking met de lokale zorgnetwerken | 2,7 |

We hebben de Spillen ook gevraagd om hun beoordeling te geven van de samenwerking met andere professionals en informele zorgverleners. Deze resultaten zijn te zien in tabel 4.

Tabel 4 Samenwerking beoordeeld door de Spillen (n=19)

| | Gemiddelde score (1-4) |
|---|---------------------------|
| Samenwerking met de Spillen | 3,6 |
| Samenwerking met de Zichtbare Schakels | 2,7 |
| Samenwerking met de huisarts | 2,6 |
| Samenwerking met de POH | 2,6 |
| Samenwerking met de maatschappelijk werker | 3,1 |
| Samenwerking met de welzijnswerkers | 3,2 |
| Samenwerking met de informele zorgverleners van de cliënt | 3,2 |
| Samenwerking met de fysiotherapeut | 2,3 |
| Samenwerking met de diëtiste | 2,0 |
| Samenwerking met de verpleegkundige thuiszorg | 2,9 |
| Samenwerking met de woningbouw | 2,6 |
| Samenwerking met de GGZ | 2,2 |
| Samenwerking met de politie | 2,5 |
| Samenwerking met de gespecialiseerde gezinsverzorging | 1,9 |
| Samenwerking met de lokale zorgnetwerken | 2,9 |

De Spillen geven de samenwerking met hun collega Spillen de hoogste waardering (3,6), gevolgd door de informele zorgverleners van de cliënt (3,2), welzijnswerkers (3,2) en de maatschappelijk werkers (3,1). Hieruit blijkt wederom dat de Spillen voornamelijk samenwerken met informele zorgverleners en dat deze samenwerking bovendien ook als zeer goed wordt ervaren (in termen van goede communicatie en relaties gebaseerd op wederzijds respect, gedeelde doelen en gedeelde kennis). De Spillen beoordelen de samenwerking met informele zorgverleners bovendien significant beter dan de samenwerking met andere professionals (dan de Spillen) (3,2 versus 2,7; $p < 0.001$).

Barrières voor het realiseren van een wijkgerichte aanpak

Doel van dit onderdeel van de eindrapportage is te rapporteren welke barrières er zijn bij deze wijkgerichte aanpak. Middels een aangepaste versie van het integrale zorgmodel van Valentijn en collega's (2013) hebben wij belangrijke barrières voor het bieden van integrale zorg en ondersteuning op micro-, meso- en macroniveau geïdentificeerd.

Belangrijke barrières bij de implementatie van een integrale wijkaanpak hebben te maken met de complexe en uiteenlopende behoeften van kwetsbare ouderen en het dynamische politieke en maatschappelijke klimaat waarbinnen deze transitie plaatsvindt. Ontwikkelingen op microniveau worden (nog) niet geflankeerd door randvoorwaarden die nodig zijn op meso- en macroniveau, waardoor het bewerkstelligen van integratie van zorg en ondersteuning vrijwel geheel wordt overgelaten aan professionals.

Microniveau

Op microniveau bleek een vertrouwensrelatie tussen ouderen en professionals een noodzakelijke randvoorwaarde voor het bieden van integrale zorg en ondersteuning. De snelheid van de huidige beleidsveranderingen en wisselingen van projecten heeft geleid tot discontinuïteit in (de coördinatie van) zorg en ondersteuning, waardoor ouderen wantrouwig worden jegens nieuwe projecten en gezichten. Hierdoor neemt hun behoefte aan bekende en vertrouwde professionals toe: *“ouderen zijn heel wantrouwend en vanuit dat wantrouwen hebben zij behoefte aan vertrouwd, aan iemand die ze kunnen vertrouwen”* (zorgmanager). Iets kleins als een visitekaartje met foto vergrootte de bekendheid en vertrouwdheid van de Spillen binnen Even Buurten.

Naast het belang van vertrouwdheid, vraagt de huidige transitie naar meer eigen verantwoordelijkheid en informele zorg om adequate begeleiding vanuit professionals. Binnen Even Buurten werd duidelijk dat ouderen niet vanzelfsprekend verantwoordelijkheid dragen voor hun eigen gezondheid en welzijn (bijvoorbeeld bij het aanvragen van een rollator of het beheren van hun financiën). Vaak hebben zij namelijk het gevoel 'recht' te hebben op zorg- en welzijnssteuning, aangezien ze daar hun *'hele leven hard voor hebben gewerkt'* (oudere). Dezelfde terughoudendheid ervaren ouderen ook bij de inzet van informele zorg. Naast weerstand om een beroep te moeten doen op het informele netwerk, ligt hieraan ook een zekere vraagverlegenheid ten grondslag. Ouderen hebben met name moeite met het vragen van hulp op het sociale vlak; ofschoon ze beseffen dat sociale contacten belangrijk zijn, is het voor velen confronterend dit onder ogen te zien: *“Ze zijn eraan gewend geraakt alleen te zijn en geïsoleerd te zijn; het is onderdeel geworden van hun structuur en ze zijn heel bang voor verandering”* (professional). Een sterke behoefte onafhankelijk te

zijn speelt hierbij een belangrijke rol. Twee Spillen gaven bijvoorbeeld aan dat er geen gebruik werd gemaakt van een informele boodschappendienst die zij op verzoek van ouderen hadden opgezet omdat ouderen dit zagen als een bedreiging van hun onafhankelijkheid en zij het bovendien eng vonden om een onbekende vrijwilliger in hun huis te laten. Dit voorbeeld illustreert de veelzijdigheid en complexiteit van de taken van de Spil. Naast het opsporen en ondersteunen van kwetsbare ouderen, hebben zij een belangrijke taak hen te begeleiden in de huidige transitie naar meer eigen verantwoordelijkheid en informele zorg.

Mesoniveau

Ook op het mesoniveau hing de mate van (wijk)integratie sterk af van het vermogen om bewustwording en vertrouwen te winnen met betrekking tot de doelstellingen van Even Buurten. De Spillen van Even Buurten werden vaak sceptisch benaderd omdat buurtbewoners het project in eerste instantie vaak wegzetten als 'wéér een nieuw project' of een 'ordinaire bezuinigingsmaatregel'. Buurtbewoners committeerden zich dan ook niet altijd (meteen) aan de uitgangspunten van Even Buurten. Zo bleek het lastig om buurtbewoners te betrekken bij het signaleren van (potentieel) kwetsbare ouderen; pas wanneer buurtbewoners zich ernstig zorgen maakten over iemand speelden zij een signaal door, waardoor licht kwetsbaren vaak niet werden gesignaleerd en vroegsignalering werd ondermijnd. Om de betrokkenheid van buurtbewoners bij een integrale wijkaanpak te vergroten, dienen professionals bekend te worden in en met de buurt – elke buurt vraagt om een andere aanpak die aansluit bij de normen en waarden van die specifieke buurt. Hoewel een buurt als Vreewijk bijvoorbeeld een 'dorpsachtige' reputatie kent, leerden de Spillen deze wijk kennen als een plek waar men *'de vuile was niet buiten hangt'* (projectmanager) en waar ouderen en buurtbewoners niet snel hun behoeften en zorgen kenbaar maken aan professionals. Aandacht voor de (culturele) verschillen tussen buurten en buurtbewoners bleek ook van belang bij het vinden van een geschikte *match* tussen buurtondersteuners en ouderen. Met enige regelmaat hebben de Spillen verschillende ouderen en buurtondersteuners aan elkaar moeten koppelen voordat de *match* aan de verwachtingen van beide partijen voldeed. Wanneer de ingezette ondersteuning wel geslaagd was leidde dit ook tot aanzienlijke verbeteringen bij de ouderen: *"mensen die eigenlijk vooral binnen hebben gezeten zie je wel weer een beetje opleven in zo'n buurt (..) zoals een meneer die eigenlijk heel zijn leven al binnen zat en die nu elke maandag naar onze koffieochtend komt"* (Spil).

Het betrekken van het buurtnetwerk maakt het noodzakelijk dat deze professionals hun nieuwe positie in de wijk 'heruitvinden'. Doordat professionals van nature vaak geneigd zijn te 'zorgen voor', vinden zij het lastig om nu vooral te faciliteren in plaats van te voorzien. Bovendien is het belangrijk dat zij informele buurtondersteuners en vrijwilligers als onmisbare partners benaderen in het bieden

van integrale zorg en ondersteuning. Het is voor professionals nog moeilijk om de ondersteuning toe te vertrouwen aan het informele netwerk; naast hun gevoel niet op hen 'te kunnen bouwen' (vanwege een gebrek aan deskundigheid en loyaliteit) zien zij hen soms ook nog als een bedreiging. Professionals die 'ondernemingszin' hadden en zowel generalistische als specialistische kwaliteiten benutten bleken het beste in staat deze barrières te slechten. Daarnaast bleek een gevarieerd scala aan vaardigheden en expertise binnen een team een belangrijke voorwaarde voor professionele integratie. Wanneer sprake is van continuïteit binnen een team en de verschillende teamleden 'gevoelig' zijn voor elkaars (aanvullende) expertise, dan ervaren professionals dat samenwerking veel meer oplevert dan de som der delen.

Hoewel veel wordt vertrouwd op succesvolle samenwerking op uitvoerend niveau, geven professionals aan dat onderlinge samenwerking soms nog moeizaam van de grond komt. Naast het gebruik van targets en een bredere tendens van prestatie-monitoring, zagen professionals het in elkaar overlopen van hun beroepsidentiteit, dat wil zeggen het ontbreken van een duidelijk rolverdeling, als een belangrijke belemmering voor organisatorische integratie. Een gebrek aan structurele prikkels die zorgen voor de inbedding van die samenwerking –zowel op uitvoerend als institutioneel niveau– speelt hierbij een cruciale rol. Om organisatorische integratie te bevorderen, is het belangrijk dat professionals elkaar ontmoeten en inzicht krijgen in elkaars aanvullende waarde.

Macroniveau

Op het macroniveau werden verschillende oneigenlijke prikkels geïdentificeerd die integrale zorg en ondersteuning belemmeren. Financiële schotten worden hierbij ervaren als één van de belangrijkste barrières op macroniveau. Financiële prikkels zouden samenwerking en innovatie moeten bevorderen en afdwingen, maar genereren in plaats daarvan een cultuur van controle en verantwoording. Ook de huidige verantwoordingsmechanismen stellen beheersing van processen centraal en geven daarmee onvoldoende vrijheid aan zorg- en welzijnsorganisaties om gewenste resultaten (naar eigen invulling) te bereiken: *"We letten op een kwartiertje dit en een kwartiertje dat, dienstverlening zus dienstverlening zo en dan moet het ook nog eens een keertje daar aan voldoen (..) we zitten wel heel erg op de details van hoe ze het moeten doen, maar als het grootste deel van de opdracht is om zoveel mogelijk vrijwilligers naar je toe te trekken om juist die sociale netwerken te kunnen versterken.. daar hebben ze wel de ruimte voor nodig om dat te kunnen doen"* (portefeuillehouder deelgemeente). Dit werkt een bureaucratisch verantwoordingssysteem in de hand dat onvoldoende aanzet tot innovatie. Deze prikkels lijken zich niet alleen op management- en bestuurlijk niveau voor te doen, maar hebben ook hun weerslag op uitvoerend niveau. Zo worden innovatie en samenwerking vaak als belangrijke vereisten 'gepredikt' onder professionals, terwijl hen tegelijkertijd wordt gevraagd activiteiten bureaucratisch te verantwoorden en te voldoen aan

bepaalde targets. De huidige (financiële) prikkels slagen er dus niet in om brede betrokkenheid te genereren onder zorg- en welzijnspartners. Pas wanneer de bredere (financiële) context beter rekening houdt met de complexiteit van lokale processen en wanneer deze aanzet tot samenwerking en innovatie, krijgt goed gecoördineerde zorg en ondersteuning een kans.

Integratie tussen de niveaus

Naast integratie *binnen* het micro-, meso- en macroniveau, is evengoed behoefte aan integratie *tussen* de niveaus. Professionals hebben instrumenten en richtlijnen nodig die ondersteunend zijn aan hun praktijk. Juist vanwege de innovatieve aard van integrale wijkaanpakken is té veel professionele autonomie schadelijk en neemt de noodzaak aan ondersteunende instrumenten toe. Zonder deze instrumenten grijpen professionals bij onzekerheid eerder terug op hun conventionele werkmethoden. Zo kwam binnen Even Buurten anderhalf jaar na de start van het project tijdens een onderwijsbijeenkomst een discrepantie aan het licht tussen de visie van Spillen en het projectmanagement op de kerntaken van de Spil. Waar de spillen zich voornamelijk toelegden op het signaleren en ondersteunen van kwetsbare ouderen, hadden zij minder aandacht voor de –in de ogen van het projectmanagement belangrijke– taken gericht op de inzet van burgerkracht en wijkactiviteiten. Het is van belang om in een vroeg stadium normen en waarden te delen en professionele standaarden te creëren met betrekking tot de taken van de Spil. Naast ondersteunende middelen (dat wil zeggen richtlijnen en instrumenten die bijdragen aan beslissingsondersteuning), kunnen ook immateriële zaken (zoals erkenning) hieraan bijdragen. Het bleek bijvoorbeeld belangrijk om tijdens werkoverleggen niet alleen praktische zaken aan de orde te stellen, maar ook ruimte te bieden voor overstijgende lokale en beleidsrelevante onderwerpen (zoals transities in het gemeentelijk bestuur en het kabinet). Dit geeft professionals meer inzicht in de context waarin zij opereren en hun belangrijke rol daarbinnen.

Tot slot speelt de mate van ‘normatieve’ integratie een belangrijke rol. Vanwege de aanbestedingsprocedures in Rotterdam en de bredere beleidsveranderingen in de ouderenzorg is er veel wederzijds wantrouwen en onzekerheid. Deze ontwikkelingen hebben bij veel partners in het veld tot ‘verlamming’ geleid, waardoor de noodzaak tot het creëren van een gezamenlijke mindset werd overschaduwd. Waar ouderen het gevoel krijgen de maatschappij tot last te zijn, heerst er onder professionals veel onzekerheid over hun baan en frustratie over het moeten toekijken hoe wijkvoorzieningen die zij hadden opgezet weer worden afgebroken. Ook op management- en bestuurlijk niveau is sprake van wederzijds wantrouwen. Vaak ontstaat hierdoor een risicomijdende cultuur waarin zorg- en welzijnsorganisaties proberen hun hoofd boven water te houden en waarbij de gemeente angstvallig probeert te voorkomen dat mensen ‘tussen wal en schip’ vallen.

Wat zijn de effecten?

Doel van dit hoofdstuk is om na te gaan in hoeverre een integrale wijkaanpak als Even Buurten bijdraagt aan de (gezondheidsgerelateerde) kwaliteit van leven en het welzijn van kwetsbare ouderen en hun mantelzorgers.

De resultaten laten na een jaar (nog) geen effect zien van de Even Buurten aanpak als het gaat om zelfredzaamheid (gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven) en welzijn. De ouderen in de interventiegroep waren echter significant ouder, vaker alleenstaand, lager opgeleid en hadden vaker één of meer aandoeningen dan de controle ouderen. Toen zij geïnccludeerd werden in het project was hun welzijn, fysiek functioneren, rol functioneren en mentale gezondheid dan ook slechter dan die van de controle ouderen. Longitudinale analyses (GLM) lieten na een jaar geen significante verschillen in welzijn en (gezondheidsgerelateerde) kwaliteit van leven zien, ook niet als rekening werd gehouden met verschillen in de beginsituatie tussen de ouderen in de interventie- en controlegroep. Hieruit blijkt eens te meer hoe complex het is om integrale zorg en ondersteuning te bieden aan kwetsbare ouderen en een integrale wijkaanpak te introduceren (van Dijk, Cramm, Birnie, Nieboer, ingediend).

Ook bij de mantelzorgers zagen we geen verschil in effectiviteit tussen de interventie en controle groep. Door de kleine onderzoekspopulatie van mantelzorgers ($n=46$ in de interventies en $n=32$ in de controle groep) is het lastig om daar harde conclusies uit te kunnen trekken. Ondanks dat de mantelzorgers wel door de Spillen zijn ingezet in de zorg en ondersteuning voor kwetsbare ouderen is hun gezondheid en welzijn niet achteruitgegaan. Er zijn wel bijzondere verschillen bij de mantelzorgers met betrekking tot hun fysieke en sociale welzijn. Er is sprake van een achteruitgang in fysiek welzijn, terwijl het sociaal welzijn in de vorm van gedragsbevestiging juist iets verbetert. Mogelijk omdat zij gewaardeerd worden door hun sociale omgeving voor de zorg die zij bieden. Interessante bevinding is dus dat het verlenen van zorg en ondersteuning ten koste lijkt te gaan van fysiek welzijn maar wel goed is voor sociaal welzijn. Het verlenen van mantelzorg moet dus met name gevraagd worden van personen die nog reserves hebben in hun fysiek welzijn. Dit geldt voor alle mantelzorgers (zowel in de interventie als controle groep).

Zorggebruik en doelmatigheid

Doel van dit deel van de evaluatie is om te bepalen of de inzet van Spillen een effectieve en doelmatige manier is om zorg en ondersteuning aan kwetsbare ouderen te bieden. Dit doen we door het zorggebruik en de kosten daarvan in de interventie- en controlegroep te meten, en deze te vergelijken met de verandering in gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven in beide groepen.

Veranderingen in zorggebruik binnen de groepen

We hebben het zorggebruik van ouderen onderzocht om mogelijke verschuivingen in zorggebruik inzichtelijk te maken. De kostprijzen per zorgaanbieder zijn afkomstig uit de Handleiding voor Kostenonderzoek (Hakkaart-van Royen et al. 2010) en zijn geïndiceerd naar het jaar 2012 (de periode waarin de meting plaatsvond). De kosten voor hulpmiddelen en aanpassingen zijn gebaseerd op de huidige marktprijzen. De kosten van de interventie zijn afkomstig van tijdsregistraties van de Spillen. Vanuit deze registratie is het aantal uur per cliënt per jaar vastgesteld. Dit is vermenigvuldigd met het uurtarief zoals vastgesteld door het CAO loon en de daaraan gerelateerde kosten. Bij het berekenen van de personeelskosten vanuit het cao-loon is uitgegaan van 1600 werkbare uren en zijn de volgende opslagen gehanteerd: 8% vakantietoeslag, 4,5 % eindejaarsuitkering, 21% sociale lasten / pensioen en 5% overhead. Voor het berekenen van de totale kosten per oudere is het zorggebruik genormaliseerd naar een jaar. Vervolgens is het verschil in de gemiddelde kosten op T0 en de gemiddelde kosten van de follow-up (T1 en T2) berekend. De verschillen tussen beide meetmomenten zijn getoetst met een gepaarde *t*-toets (ongecorrigeerde analyse).

In tabel 5 en 6 staan de gegevens over zorggebruik van de experimentouderen en controleouderen waarbij op zowel T0 als follow-up (T1 en T2) een interview is afgenomen. Het zorggebruik wordt per zorgaanbieder weergegeven. Op deze manier kan beter inzicht worden gekregen in eventuele verschuivingen in het zorggebruik.

Tabel 5: Gemiddeld zorggebruik bij cliënten in de interventiegroep die vragenlijst T0, T1 & T2 hebben ingevuld (per patiënt per jaar) (n=136)

| Zorgaanbieder | T0 | | T1 & T2 | |
|---|------------|---------------------------------|------------|---------------------------------|
| | n (%) | Gemiddelde (standaard deviatie) | n % | Gemiddelde (standaard deviatie) |
| Ziekenhuis (aantal dagen) | 29 (21.2) | 2,2 (6,5) | 37 (27,0) | 3,5 (15,5) |
| Huisarts (aantal keer) | 111 (81,0) | 4,0 (7,1) | 116 (84,7) | 3,9 (3,6) |
| Huisartsenpost (aantal keer) | 18 (13.1) | 0.3 (1.2) | 27 (19.7) | 0.6 (2.5) |
| Huishoudelijke hulp via thuiszorg (aantal uur per week) | 92 (67.2) | 2.1 (1.8) | 97 (70.8) | 3.4 (2.8) ** |
| Huishoudelijke hulp particulier (aantal uur per week) | 18 (13.1) | 0.3 (0.8) | 22 (16.1) | 0.5 (1.4) ** |
| Persoonlijke verzorging (aantal uur per week) | 27 (19.7) | 0.7 (1.9) | 42 (30.7) | 1.5 (3.2) ** |
| Verpleging (aantal uur per week) | 6 (4,4) | 0,1 (0,7) | 7 (5,1) | 0,3 (1,2) |
| Verzorgingshuis (aantal weken) | 1 (0,7) | 0,02 (0,3) | 6 (4,4) | 0,2 (1,2) ** |
| Verpleeghuis (aantal weken) | 1 (0,7) | 0,1 (1,1) | 3 (2,2) | 0,1 (0,7) |
| Dagopvang (aantal dagen per week) | 8 (5,8) | 0,1 (0,6) | 10 (7,3) | 0,3 (1,3) ** |
| Dagbehandeling (aantal dagen per week) | 1 (0,7) | 0,01 (0,1) | 2 (1,5) | 0,1 (0,6) |
| Fysiotherapie (aantal keer) | 38 (27,7) | 6,8 (16,2) | 45 (32,8) | 9,3 (21,2) |
| Oefentherapie (aantal keer) | 4 (2,9) | 0,4 (3,6) | 5 (3,6) | 0,6 (4,5) |
| Medisch Specialist/Polibezoek (aantal keer) | 88 (64,2) | 2,2 (2,6) | 88 (64,2) | 2,9 (4,0) ** |
| Maatschappelijk werk (aantal keer) | 30 (21,9) | 1,3 (5,1) | 28 (20,4) | 1,4 (6,7) |
| Psycholoog (aantal keer) | 1 (0,7) | 0,04 (0,5) | 4 (2,9) | 0,1 (0,4) |

*=inclusief cliënten die hebben aangegeven de betreffende zorgaanbieder niet te hebben bezocht; **= $p \leq 0,05$ (gepaarde t-toets)

Tabel 6: Gemiddeld zorggebruik bij cliënten in de controlegroep die vragenlijst T0, T1 & T2 hebben ingevuld (per patiënt per jaar) (n= 148)

| Zorgaanbieder | T0 | | T1 & T2 | |
|---|---------------------------------|------------|---------------------------------|---------------|
| | Gemiddelde (standaard deviatie) | n % | Gemiddelde (standaard deviatie) | n (%) |
| Ziekenhuis (aantal dagen) | 36 (24,3) | 1,9 (5,5) | 38 (25,7) | 2,5 (9,3)** |
| Huisarts (aantal keer) | 126 (85,1) | 4,2 (5,1) | 130 (87,8) | 4,7 (5,2)** |
| Huisartsenpost (aantal keer) | 15 (10,1) | 0,2 (0,8) | 29 (19,6) | 0,3 (0,9) |
| Huishoudelijke hulp thuiszorg (aantal uur per week) | 79 (53,4) | 1,6 (1,9) | 74 (50) | 2,0 (2,4)** |
| Huishoudelijke hulp particulier (aantal uur per week) | 34 (23,0) | 0,7 (1,4) | 55 (37,2) | 1,6 (2,9)** |
| Persoonlijke verzorging (aantal uur per week) | 15 (10,1) | 0,2 (0,8) | 28 (18,9) | 0,7 (1,9)** |
| Verpleging (aantal uur per week) | 4 (2,7) | 0,2 (1,2) | 3 (2,0) | 0,1 (0,8) |
| Verzorgingshuis (aantal weken) | 6 (4,1) | 0,1 (0,8) | 6 (4,1) | 0,2 (1,3) |
| Verpleeghuis (aantal weken) | 4 (2,7) | 0,1 (0,7) | 2 (1,4) | 0,3 (2,2) |
| Dagopvang (aantal dagen per week) | 2 (1,4) | 0,03 (0,2) | 3 (2,0) | 0,1 (0,6)** |
| Dagbehandeling (aantal dagen per week) | 2 (1,4) | 0,01 (0,1) | 1 (0,7) | 0,01 (0,2) |
| Fysiotherapie (aantal keer) | 54 (36,5) | 9,0 (20,6) | 62 (41,9) | 10,1 (19,3)** |
| Oefentherapie (aantal keer) | 6 (4,1) | 1,1 (6,4) | 17 (11,5) | 1,7 (6,9)** |
| Medisch Specialist/Polibezoek (aantal keer) | 101 (68,2) | 3,5 (9,8) | 102 (68,9) | 2,7 (3,4) |
| Maatschappelijk werk (aantal keer) | 5 (3,5) | 0,3 (1,6) | 5 (3,4) | 0,1 (0,8) |
| Psycholoog (aantal keer) | 4 (2,7) | 0,2 (1,4) | 11 (7,4) | 0,3 (1,7)** |

*=inclusief cliënten die hebben aangegeven de betreffende zorgaanbieder niet te hebben bezocht; **= $p \leq 0,05$; ***= $p \leq 0,10$ (gepaarde t-toets)

Tijdregistratie Spillen

In de periode van juni 2011 tot en met juni 2014 hebben 30 Spillen die participeerden in het project een tijdregistratie bijgehouden. Deze tijdsregistratie bestond uit:

- a. tijd (incl. reistijd) besteed aan cliëntgebonden activiteiten,
- b. tijd (incl. reistijd) besteed aan niet-cliantgebonden activiteiten, activiteiten nodig om het project te kunnen draaien.

Uit deze resultaten blijken de kosten van de Spillen gemiddeld € 302,- per cliënt per jaar te bedragen. De Spil besteedt gemiddeld 9,3 uur aan cliëntgebonden activiteiten, waarvan 14% bestaat uit reistijd. Activiteiten die het meeste bijdroegen aan de totale tijdsbesteding per cliënt waren: face to face vervolg consult cliënt; intake cliënt/startgesprek (afname TFI); behoeftepeiling cliënt; verwerken van cliëntinformatie in cliëntdossier; telefonisch vervolgconsult cliënt.

In één jaar tijd is gemiddeld 653 uur per Spil besteed aan het project (cliëntgebonden en niet-cliantgebonden tijd). De cliëntgebonden tijd was 144 uur per Spil per jaar. Dit houdt in dat 22% van de tijd werd besteed aan cliëntgebonden activiteiten. De niet-cliantgebonden activiteiten waar de meeste tijd aan werd besteed waren: andere algemene activiteit (veelal activiteiten in de wijk ten behoeve van wijkgericht werken); overleg met andere Spil(len); projectadministratie; PR-werkzaamheden.

Kosten van zorggebruik

In tabel 7 en 8 staan de kosten voor zorggebruik (per zorgaanbieder) weergegeven voor cliënten die vragenlijst T0, T1 en T2 hebben ingevuld.

In zowel de interventie- als controlegroep neemt het zorggebruik in de tijd toe. Het verschil in zorggebruik tussen de interventie- en controlegroep is echter over de tijd niet significant verschillend (ANCOVA, $F=1,93$, $p=0,17$), ook niet na correctie voor verschillen in opleiding (ANCOVA, $F=2,26$, $p=0,13$). Nadere analyse laat zien dat opleidingsniveau (in combinatie met interventie- of controlegroep) ook geen effect heeft op de totale kosten op T0 (ANOVA: $F=0,74$, $p=0,60$) en op de hoogte van de utiliteiten zoals berekend met de EQ5D (ANOVA: $F=1,51$, $p=0,19$). De kosten en effecten lijken dus niet statistisch significant verschillend tussen interventie- en controlegroep. Omdat de kleine onderzoekspopulatie en de grote spreiding rond de gemiddelden een redelijke mate van onzekerheid inhouden, is deze onzekerheid met een speciale techniek (bootstrappen) inzichtelijk gemaakt. Gegeven de uitkomsten van deze onzekerheidsanalyse is het moeilijk om een valide uitspraak te doen over de doelmatigheid van de inzet van de Spillen na 12 maanden.

Tabel 7: Kosten zorggebruik bij cliënten in de interventiegroep die vragenlijst T0, T1 & T2 hebben ingevuld (per cliënt per jaar) (n=136) – in Euro

| Zorgaanbieder | T0 Gemiddelde (sd) | T1-T2 Gemiddelde (sd) |
|---------------------------------|----------------------------|----------------------------------|
| Ziekenhuis | 1.017,61 (3000,67) | 1.624,13 (7173,88) |
| Huisarts | 115,40 (206,29) | 113,33 (106,35) |
| Huisartsenpost | 41,25 (140,31) | 64,71 (281,46)** |
| Huishoudelijke hulp Thuiszorg | 2.784,22 (2399,98) | 4.505,03 (3740,78)** |
| Huishoudelijke hulp Particulier | 351,18 (1083,79) | 632,12 (1840,34)** |
| Persoonlijke verzorging | 1.1838,76 (4705,02) | 3.784,64 (7710,35)** |
| Verpleging | 369,25 (2321,72) | 896,74 (4447,02)** |
| Verzorgingshuis | 14,64 (171,36) | 156,16 (823,87)** |
| Verpleeghuis | 167,76 (1963,62) | 167,76 (1319,60) |
| Dagopvang | 326,23 (1373,84) | 797,46 (3311,29)** |
| Dagbehandeling | 101,10 (1183,35) | 808,80 (8358,91) |
| Fysiotherapie | 260,10 (615,97) | 351,10 (807,06)** |
| Oefentherapie | 15,84 (133,92) | 21,57 (166,44) |
| Medisch Specialist/ polibezoek | 146,48 (177,05) | 198,69 (273,29)** |
| Maatschappelijk werk | 91,28 (347,56) | 99,06 (462,06)** |
| Psycholoog | 3,75 (43,68) | 4,37 (31,55)** |
| Rolstoel | 12,53 (72,49) | 15,66 (80,74) |
| Alarmknop | 11,68 (47,07) | 5,84 (33,80) |
| Rollator | 22,05 (55,16) | 10,45 (39,54) |
| Traplift | 0,00 | 0,00 |
| Drempels in huis | 1,09 (12,82) | 1,09 (12,82) |
| Douche | 7,85 (45,45) | 3,93 (32,38) |
| Inzet Spil (interventie) | n/a | 301,35 (210,94) |
| TOTAAL | 7.678,68 (7.925,18) | 14.645,31 (19.230,90) b** |

^ainclusief cliënten die hebben aangegeven de betreffende zorgaanbieder niet te hebben bezocht; ^binclusief kosten Spil

Tabel 8: Kosten zorggebruik bij cliënten in de controlegroep die vragenlijst T0, T1 & T2 hebben ingevuld (per cliënt per jaar) (n= 148) – in Euro

| Zorgaanbieder ^a | T0 | T1 |
|---------------------------------|----------------------------|-------------------------------|
| | Gemiddelde (sd) | Gemiddelde (sd) |
| Ziekenhuis | 895,19 (2534,88) | 1.147,84 (4273,01)** |
| Huisarts | 123,34 (146,95) | 138,13 (152,46)** |
| Huisartsenpost | 23,21 (91,63) | 34,44 (97,46) |
| Huishoudelijke hulp Thuiszorg | 2.091,70 (2544,11) | 2.685.42 (3194.81)** |
| Huishoudelijke hulp Particulier | 867,74 (1836,12) | 2.100.84 (3767.44)** |
| Persoonlijke verzorging | 532,14 (1836,73) | 1.579.78 (4594.14)** |
| Verpleging | 561,23 (4254,53) | 341.62 (2731.53) |
| Verzorgingshuis | 94,86 (511,43) | 144.55 (849.04) |
| Verpleeghuis | 155,29 (1183,37) | 441.99 (3955.32) |
| Dagopvang | 67,11 (575,32) | 184,55 (1479,38)** |
| Dagbehandeling | 94,22 (1142,39) | 188,45 (2284,78) |
| Fysiotherapie | 344,33 (786,43) | 386,48 (737,66)** |
| Oefentherapie | 40,42 (236,85) | 64,43 (255,52)** |
| Medisch Specialist/ polibezoek | 234,68 (663,07) | 183,15 (232,59) |
| Maatschappelijk werk | 13,98 (93,82) | 22,84 (118,08)** |
| Psycholoog | 22,95 (139,56) | 10,33 (68,54) |
| Rolstoel | 5,80 (49,70) | 8,70 (60,66) |
| Alarmknop | 1,35 (16,44) | 4,05 (28,28) |
| Rollator | 17,19 (49,54) | 16,11 (54,83) |
| Traplift | 16,89 (205,50) | 0,00 |
| Drempels in huis | 1,01 (12,33) | 1,01 (12,33) |
| Douche | 14,54 (61,03) | 9,09 (48.77) |
| TOTAAL | 6.137,74 (8.576,81) | 9.628,80 (12.281,82)** |

^ainclusief cliënten die hebben aangegeven de betreffende zorgaanbieder niet te hebben bezocht. **p≤0,05.

Conclusies

Doel van deze rapportage over de tussentijdse bevindingen van de evaluatie was i) een procesbeschrijving geven van Even Buurten en de ervaringen inventariseren van de Spillen zelf en professionals met wie zij regelmatig samenwerken in het Even Buurten project, ii) rapporteren welke barrières er zijn bij deze wijkgerichte aanpak, iii) nagaan in hoeverre een integrale wijkaanpak als Even Buurten bijdraagt aan de (gezondheidsgerelateerde) kwaliteit van leven en het welzijn van kwetsbare ouderen en hun mantelzorgers, en iv) nagaan wat de kosten en baten zijn van de inzet van Spillen in de buurt.

Procesbeschrijving

De ingezette hulp bestond voornamelijk uit een sociale behoefte (meer contact/aanspraak om eenzaamheid te doorbreken/voorkomen), eenmalige instrumentele hulp (zoals hulp bij een aanvraag/voorziening of schilderen van een hekje), meer structurele instrumentele hulp (zoals wekelijkse/maandelijkse hulp bij boodschappen door burens of bijhouden van de tuin) alsook sociale participatie (zoals meedoen met een bepaalde buurtactiviteit/schilderclub).

Positief is dat ongeveer 75% van de Spillen aangeeft dat het daadwerkelijk lukt om vrijwilligers/informele hulpverleners in te zetten en dat de vrijwilligers die ze inzetten om kwetsbare ouderen te ondersteunen ook voldoende deskundig zijn. De Spillen hebben voornamelijk ingezet op informele zorg en ondersteuning (zowel vrijwilligers als mantelzorgers) en niet op formele zorg en ondersteuning, wat ook precies het doel was van Even Buurten.

We hebben met vragenlijstonderzoek bij professionals met wie Spillen regelmatig samenwerken in het Even Buurten project gevraagd hoe zij de samenwerking met verschillende professionals in de wijk ervaren. Wij hebben hen gevraagd naar de samenwerking met de Spillen, Zichtbare Schakels, huisarts, POH, maatschappelijk werker, welzijnswerker, informele zorgverlener van de cliënt, fysiotherapeut, diëtiste, verpleegkundige thuiszorg, woningbouw, GGZ, politie, gespecialiseerde gezinsverzorging, en de lokale zorgnetwerken. Uit de resultaten blijkt dat professionals de samenwerking met de Spillen zeer positief beoordelen.

We hebben de Spillen ook gevraagd om de samenwerking met andere professionals en informele zorgverleners te beoordelen. De samenwerking wordt het beste ervaren met de andere (collega) Spillen, gevolgd door de informele zorgverleners van de cliënt, welzijnswerkers en de maatschappelijk werkers. Hieruit blijkt weer dat de Spillen voornamelijk samenwerken met informele zorgverleners en dat deze samenwerking bovendien ook als zeer goed wordt ervaren (in termen van goede communicatie en relaties gebaseerd op wederzijds respect, gedeelde doelen en

gedeelde kennis). De samenwerking van de Spillen met informele zorgverleners is bovendien duidelijk significant beter dan de samenwerking van andere professionals (dan de Spillen) met informele zorgverleners. Tegelijkertijd bleek uit ons kwalitatieve onderzoek dat de Spillen nog wel barrières ervaren in de samenwerking met het informele netwerk. Naast hun onzekerheid over de deskundigheid en betrouwbaarheid van informele zorgverleners, waren de Spillen zoekende in de houding die samenwerking met het informele netwerk van hen eist. De ruimte die Even Buurten hen bood in hun zoektocht naar een faciliterende in plaats van probleemoplossende rol heeft er waarschijnlijk toe geleid dat de Spillen de samenwerking met het informele netwerk als steeds succesvoller zijn gaan ervaren.

Barrières

Belangrijke barrières bij de implementatie van een integrale wijkaanpak hebben te maken met de complexe en uiteenlopende behoeften van kwetsbare ouderen en het dynamische politieke en maatschappelijke klimaat waarbinnen deze transitie plaatsvindt. Ontwikkelingen op microniveau worden (nog) niet geflankeerd door randvoorwaarden die nodig zijn op meso- en macroniveau, waardoor het bewerkstelligen van integratie van zorg en ondersteuning vrijwel geheel wordt overgelaten aan professionals.

Op microniveau bleek een vertrouwensrelatie tussen ouderen en professionals een noodzakelijke randvoorwaarde voor het bieden van integrale zorg en ondersteuning. De barrières die ouderen in de huidige transitie naar meer eigen verantwoordelijkheid en informele zorg ervaren, vragen om adequate begeleiding door professionals. Professionals hebben een belangrijke taak om ouderen bewust te maken van hun eigen behoeften én mogelijkheden.

Op mesoniveau vraagt het buurtniveau om nadrukkelijke aandacht. Om de betrokkenheid van buurtbewoners bij een integrale wijkaanpak te stimuleren, dienen professionals bekend te worden in en met de buurt –elke buurt vraagt om een andere aanpak die aansluit bij de normen en waarden van die specifieke buurt. Bovendien is het cruciaal dat professionals de ruimte krijgen en hun nieuwe positie in de wijk ‘heruitvinden’. Doordat professionals van nature vaak geneigd zijn te ‘zorgen voor’, vinden zij het lastig om nu vooral te faciliteren in plaats van te voorzien. Hierbij is het van belang dat zij informele buurtondersteuners en vrijwilligers als een onmisbare partner benaderen in het bieden van integrale zorg en ondersteuning. Daarnaast vraagt professionele integratie om ondernemende Spillen die zowel generalistische als specialistische kwaliteiten bezitten. Wanneer er sprake is van continuïteit binnen een team en de verschillende teamleden ‘gevoelig’ zijn voor elkaars (aanvullende) expertise, dan ervaren professionals dat samenwerking veel meer oplevert dan de som der delen. Hoewel veel wordt vertrouwd op succesvolle samenwerking op uitvoerend niveau,

geven professionals aan dat onderlinge samenwerking nog weinig van de grond komt. Een gebrek aan structurele prikkels die zorgen voor de inbedding van die samenwerking –zowel op uitvoerend als institutioneel niveau- speelt hierbij een cruciale rol.

Financiële schotten worden ervaren als één van de belangrijkste barrières op macroniveau. De huidige financiële prikkels en prestatie-indicatoren dwingen samenwerking en innovatie onvoldoende af, maar genereren in plaats daarvan een cultuur van controle en verantwoording. Deze perverse prikkels lijken zich op elk niveau voor te doen; in de uitvoering, op managementniveau, maar ook in de samenwerking tussen gemeenten en zorg- en welzijnsorganisaties.

Naast integratie *binnen* het micro-, meso- en macroniveau, is de mate van integratie tussen deze niveaus minstens zo belangrijk. Professionals hebben instrumenten en richtlijnen nodig die ondersteunend zijn aan hun praktijk. Juist vanwege de innovatieve aard van integrale wijkaanpakken is té veel professionele autonomie schadelijk en neemt de noodzaak aan ondersteunende instrumenten toe. Tot slot speelt de mate van ‘normatieve’ integratie een belangrijke rol. Vanwege de aanbestedingsprocedures in Rotterdam en de bredere beleidsveranderingen in de ouderenzorg is er veel wederzijds wantrouwen en onzekerheid. Deze ontwikkelingen hebben bij veel partners in het veld tot ‘verlamming’ geleid, waardoor de noodzaak tot het creëren van een gezamenlijke mindset werd overschaduwd.

Effectiviteit

De resultaten laten na een jaar (nog) geen effect zien van de Even Buurten aanpak als het gaat om zelfredzaamheid (gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven) en welzijn. De ouderen in de experimentgroep waren echter significant ouder, vaker alleenstaand, lager opgeleid en hadden vaker één of meer aandoeningen dan de controle ouderen. Hun welzijn, fysiek functioneren, rol functioneren en mentale gezondheid was dan ook slechter toen zij geïncorporeerd werden in het project dan van de controle ouderen. Longitudinale analyses (GLM) lieten na een jaar geen significante verschillen in welzijn en (gezondheidsgerelateerde) kwaliteit van leven zien, ook niet als rekening werd gehouden met verschillen in beginsituatie tussen de ouderen in de experiment en controlegroep. Hieruit blijkt eens te meer hoe complex het is om integrale zorg en ondersteuning te bieden aan kwetsbare ouderen en een integrale wijkaanpak te introduceren.

Ook bij de mantelzorgers zagen we geen verschil in effectiviteit tussen de interventie- en controlegroep. Door de kleine onderzoekspopulatie van mantelzorgers (n= 46 in de interventie en n=32 in de controle groep) is het lastig om daar harde conclusies uit te kunnen trekken. Ondanks dat

de mantelzorgers wel door de Spillen zijn ingezet in de zorg en ondersteuning voor kwetsbare ouderen is hun gezondheid en algehele welzijn niet achteruitgegaan. Er zijn wel bijzondere verschillen gevonden kijkend naar de fysieke en sociale dimensies van welzijn. Door de zorgverlening lijkt een achteruitgang bij mantelzorgers zichtbaar in hun fysiek welbevinden, terwijl hun sociaal welzijn juist verbetert.

Doelmatigheid

In zowel de interventie- als controlegroep neemt het zorggebruik in de tijd toe. Het verschil in zorggebruik tussen de interventiegroep en controlegroep is echter niet significant verschillend. Dit heeft vooral te maken met de grote spreiding in zorggebruik.

De kosten van de Spillen bedragen gemiddeld € 302,- per cliënt per jaar. De Spil besteedt gemiddeld 9,3 uur aan cliëntgebonden activiteiten, waarvan 14% bestaat uit reistijd.

In één jaar is per Spil gemiddeld 653 uur besteed aan het project, waarvan 144 uur (22%) aan cliëntgebonden tijd. De Spillen hebben het grootste deel van hun tijd besteed aan algemene activiteiten, zoals activiteiten in de wijk ten behoeve van wijkgericht werken, overleg met andere Spillen, projectadministratie en PR-werkzaamheden.

De kosten van zorggebruik en gezondheidseffecten verschilden in deze eerste 12 maanden van het project niet significant tussen beide groepen, waarbij aangetekend moet worden dat de spreiding in de onderliggende getallen groot was. Op basis van ons onderzoek kunnen we concluderen dat Even Buurten (nog) niet doelmatiger is dan de reguliere zorg. Gezien de complexe aard van Even Buurten is het mogelijk dat de onderzoeksperiode van 1 jaar te kort was om interventies te optimaliseren en effecten op de uitkomsten bij ouderen te kunnen vaststellen.

Methodologische beperkingen

Onze evaluatiestudie had een aantal methodologische beperkingen. Allereerst kent dit onderzoek een quasi-experimenteel design met drie meetmomenten en een controlegroep. Een gerandomiseerd onderzoek met controlegroep (Randomized Controlled Trial; RCT) wordt vaak aangeduid als het type onderzoek met de grootste bewijskracht. Vanwege de complexiteit van Even Buurten en de wijkgerichte aard van het project kon indeling in de controle- en interventiegroep niet door loting worden bepaald. Een quasi-experimenteel onderzoeksdesign wordt in dat geval als goed alternatief beschouwd (Stronks & Mackenbach 2005). Bovendien zijn in deze evaluatiestudie ook de processen en kosten geëvalueerd, wat heeft geleid tot een vollediger beeld en een betere duiding van de resultaten.

Een tweede beperking betreft onze meting van zorggebruik. Zowel op T0, T1 als T2 is het zorggebruik retrospectief teruggevraagd voor de afgelopen 6 maanden. Het zorggebruik zoals gerapporteerd op T1 en T2 is vervolgens bij elkaar opgeteld om inzicht te krijgen in het zorggebruik over 12 maanden. Dit verdient de voorkeur boven het terugvragen van zorggebruik over de afgelopen 12 maanden, aangezien het retrospectief terugvragen over een langere periode tot onbetrouwbare antwoorden kan leiden. Tegelijkertijd heeft onze methode mogelijk tot overrapportage van zorggebruik geleid. Het hogere zorggebruik dat wij vonden na 12 maanden in zowel de interventie- als controlegroep is hier mogelijk deels aan toe te schrijven.

Eindconclusie

Het onderzoek heeft laten zien dat het geven van gecoördineerde zorg en ondersteuning binnen een integrale wijkaanpak een complex en dynamisch proces is dat integratie vereist op het micro-, meso- en macroniveau. Initiatieven op microniveau werden nog onvoldoende geflankeerd door randvoorwaarden op meso- en macroniveau, waardoor Spillen vaak gedwongen waren integratie tot stand te brengen *ondanks* in plaats van *dankzij* de meso- en macrocontext. Succesvolle integratie binnen een integrale wijkaanpak vereist tijd, coördinatie en brede betrokkenheid op alle niveaus, zodat gedeelde normen en werkmethoden worden ontwikkeld ten behoeve van het welzijn van kwetsbare ouderen. Deze bevindingen zijn belangrijk in een tijd waarin een algemene verschuiving plaatsvindt van de eerstelijns-(sociale) zorg van de staat naar de gemeenschap. De kennis en ervaring die binnen Even Buurten is opgedaan met een integrale wijkaanpak kan benut worden ter verdere lering en innovatie in huidige en toekomstige initiatieven.

Referenties

- Bernabei, R., Landi, F., Gambassi, G., Sgadari, A., Zuccala, G., Mor, V. (...) Carbonin, P. (1998). Randomised trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in the community. *BMJ*, *316*, 1348-1351.
- Cramm, J.M., Dijk, H.M. van, Lötters, F., van Exel, J. & Nieboer, A.P. (2011). Evaluating an Integrated Neighbourhood Approach to improve well-being of frail elderly in a Dutch community: a study protocol. *BMC Research Notes*, *4*, 532.
- Dijk, H.M. van, Cramm, J.M., Goumans, M., Brix, A., Bakker, S. & Nieboer, A.P. (2013). Klinische les: Belang van ondersteunende netwerken voor ouderen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, *4*, 53-57.
- Dijk, H.M. van, Cramm, J.M. & Nieboer, A.P. (2013). The experiences of neighbour, volunteer and professional support-givers in supporting community dwelling older people. *Health and Social Care in the Community*, *21*(2), 150–158.
- Eklund, K. & Wilhelmson, K. (2009). Outcomes of coordinated and integrated interventions targeting frail elderly people: a systematic review of randomised controlled trials. *Health Soc Care Community*, *17*, 447-458.
- Elkan, R., Kendrick, D., Dewey M., Hewitt, M., Robinson, J., Blair, M. (...) Brummell, K. (2001). Effectiveness of home-based support for older people: systematic review and meta analysis. *BMJ*, *323*, 719–725.
- Gobbens, R.J., Luijckx, K.G., Wijnen-Sponselee, M.T. & Schols, J.M. (2010). Towards an integral conceptual model of frailty. *J Nutr Health Aging*, *14*(3), 175-181.
- Hakkaart-van Royen, L., Tan, S.S. & Bouwman, C.A.M. (2010) *Handleiding voor kostenonderzoek, methoden en standaardkostprijzen voor economische evaluaties in de gezondheidszorg. Geactualiseerde versie*. Amstelveen: CVZ.
- Humphries, R. & Curry N. (2011). Integrating health and social care. Where next? London: The King's Fund.
- Johri, M., Beland, F. & Bergman H. (2003). International experiments in integrated care for the elderly: a synthesis of the evidence. *Int J Geriatr Psychiatry*, *18*, 222-235.
- Leichsenring, K. (2004). Developing integrated health and social care services for older persons in Europe. *IJIC*, *4*, 1-15.
- Lowndes, V. & Sullivan, H. (2008). How low can you go? Rationales and challenges for neighbourhood governance. *Public Administration*, *86*, 53–74.

Lui, C.W., Everingham, J.A., Warburton, J., Cuthill, M., & Bartlett, H. (2009). What makes a community age-friendly: A review of the international literature. *Australasian Journal on Aging, 28*, 116–121.

Nieboer, A.P. (2013). Houdbare zorg en ondersteuning in tijden van crisis. [Sustainable care in a time of crisis]. Oratie Erasmus Universiteit Rotterdam.

Pavolini, E. & Ranci, C. (2008). Restructuring welfare states: reforms in long-term care in Western European countries. *Journal of European Social Policy, 18*(3), 246–259.

Plochg, T. & Klazinga, N.S. (2002). Community-based integrated care: myth or must? *IJQHC, 14*, 91–101.

Stronks, K. & Mackenbach, J.P. (2006). Evaluating the effect of policies and interventions to address inequalities in health: lessons from a Dutch programme. *Eur J Public Health, 16*, 346-53.

Stuck, M.D. & Matthews FE. (2005). A systematic literature review of attrition between waves in longitudinal studies in the elderly shows a consistent pattern of dropout between differing studies. *J Clin Epidemiol, 58*, 13-9.

Morikawa, M. (2014). Towards community-based integrated care: trends and issues in Japan's long-term care policy. *IJIC, 14*, 1–10.

Gepubliceerde en ingediende artikelen

Van Dijk, H.M., Cramm, J.M. & Nieboer, A.P. How to build an integrated neighbourhood approach to support older people? A Dutch case study. *Ingediend bij International Journal of Integrated Care*.

Van Dijk, H.M., Cramm, J.M., Birnie, E. & Nieboer, A.P. Effects of an Integrated Neighborhood Approach on Older People's (Health-Related) Quality of Life and Well-Being. *Ingediend bij Health & Social Care in the Community*.

Cramm, J.M., Nieboer, A.P. Social cohesion, belonging and changes therein predict the well-being of community-dwelling older people in the Netherlands over time. *Ingediend bij BMC Geriatrics*.

Cramm, J.M. & Nieboer, A.P. (2015). Building social capital over one's lifetime may protect loss of well-being among older people. Contribution to a Springer book: Social capital as a health resource in later life: the relevance of context (Part of the Springer book series International Perspectives on Aging).

Cramm, J.M. & Nieboer, A.P. (2014). Background characteristics, resources and volunteering among older adults (aged ≥70 years) in the community: A longitudinal study. *Geriatrics & Gerontology international*. doi: 10.1111/ggi.12404.

Van Dijk, H.M., Cramm, J.M., van Exel, J. & Nieboer, A.P. (2014). The ideal neighbourhood for ageing in place as perceived by frail and non-frail community-dwelling older people. *Ageing & Society*. doi: 10.1017/S0144686X14000622

Cramm, J.M., Twisk, J. & Nieboer, A.P. (2014). Self-management abilities and frailty are important for healthy aging among community-dwelling older people; a cross-sectional study. *BMC Geriatrics*, 14:28.

Van Dijk, H.M., Cramm, J.M. & Nieboer, A.P. (2013). Social cohesion as perceived by community-dwelling older people: The role of individual and neighbourhood characteristics. *Journal of Ageing and Later Life*, 8(2): 9-31.

Cramm, J.M. & Nieboer, A.P. (2013). Neighborhood attributes security and solidarity promote the well-being of community-dwelling older people, *Geriatrics & Gerontology international*, 14(3):681-688. doi: 10.1111/ggi.12133

Van Dijk, H.M., Cramm, J.M., Lötters, F. & Nieboer, A.P. (2013). Even Buurten: Een wijkgerichte aanpak voor thuiswonende ouderen in Rotterdam. Sociaal-Medische Wetenschappen (SMW). ISBN 978-94-90420-44-4.

Van Dijk, H.M., Cramm, J.M., Goumans, M., Brix, A., Bakker, S. & Nieboer, A.P. (2013). Klinische les: Belang van ondersteunende netwerken voor ouderen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 4: 53-57.

Van Dijk, H.M., Cramm, J.M. & Nieboer, A.P. (2013). Het belang van sociale cohesie en sociaal kapitaal in de buurt voor het welzijn van ouderen. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 44(2):50-58.

Van Dijk, H.M., Cramm, J.M. & Nieboer, A.P. (2013). The importance of neighborhood social cohesion and social capital for the well-being of older adults in the community. *The Gerontologist*, 53(1):142-52.

Van Dijk, H.M., Cramm, J.M. & Nieboer, A.P. (2013). The experiences of neighbour, volunteer and professional support-givers in supporting community dwelling older people. *Health and Social Care in the Community*, 21(2):150–158.

Cramm, J.M. & Nieboer, A.P. (2013). Relationships between frailty, neighbourhood security, social cohesion and sense of belonging among community-dwelling older people. *Geriatrics and Gerontology International*, 13(3):759-63.

Cramm, J.M., Van Dijk, H.M., Lötters, F., van Exel, J. & Nieboer, A.P. (2011). Evaluating an Integrated Neighbourhood Approach to improve well-being of frail elderly in a Dutch community: a study protocol. *BMC Research Notes*, 4:532.

Erasmus Universiteit Rotterdam
instituut Beleid & Management Gezondheidszorg

Bezoekadres
Burgemeester Oudlaan 50
3062 PA Rotterdam

Postadres
Postbus 1738
3000 DR Rotterdam

Tel. (010) 408 8555
Internet www.bmg.eur.nl
E-mail research@bmg.eur.nl